



**Stellungnahme der Bundesärztekammer
zum Konsultationspapier der Europäischen Kommission
zur Organspende und -transplantation
vom 27. Juni 2006**

Vorbemerkungen

Diese Stellungnahme befasst sich in Teil A im Wesentlichen mit Hintergrundannahmen und Implikationen des Papiers „Organ Donation and Transplantation Policy Options at EU-Level. Consultation Document“ vom 27.06.2006 (im Folgenden EU-Konsultationspapier).

Die vorliegende Kommentierung erfolgt themenbezogen, nicht in der Reihenfolge der Fragen des EU-Konsultationspapiers. Basierend auf dieser detaillierten Auseinandersetzung mit dem EU-Konsultationspapier werden in Teil B die einzelnen Fragen der Europäischen Kommission beantwortet.

Teil A

Gesamteinschätzung des Konsultationspapiers der Europäischen Kommission

1. Zur Problem- und Zielbeschreibung

- a) Die Transplantationsmedizin ist in den verschiedenen Mitgliedstaaten der EU unterschiedlich etabliert, unterschiedlich gesetzlich geregelt und unterschiedlich von der Bevölkerung akzeptiert. Einzig gemeinsam ist allen Mitgliedstaaten der Organmangel, der in den jeweiligen Ländern ein unterschiedliches Ausmaß annimmt. Schon deshalb lässt sich der Organmangel nicht durch ei-

nen internationalen Organaustausch entscheidend verringern. Eine so ausgerichtete EU-Initiative wäre daher fehlorientiert.

- b) Ziel einer EU-Initiative zur Förderung der Organspende muss vielmehr sein, sowohl den Interessen eines jeden Menschen in jedem Mitgliedstaat zu dienen, als auch die Interessen in der Gemeinschaft auszugleichen. Dazu sollten zunächst die Mitgliedstaaten mit noch nicht hinreichend etablierter Transplantationsmedizin bei ihren Bemühungen um eine Verbesserung der Patientenversorgung unterstützt werden. Keinesfalls dürfen Staaten mit etablierter Transplantationsmedizin versuchen, ihren Organmangel in den neuen Mitgliedstaaten zu decken.

2. Zur Beschreibung der Ausgangslage innerhalb der EU

Insbesondere in den erst kürzlich der EU beigetretenen Staaten ist die Transplantationsmedizin rechtlich und strukturell noch nicht in vollem Umfang etabliert. Diese Länder befinden sich am Anfang ihrer öffentlichen Diskussion über gesundheitspolitische und ethische Aspekte der Transplantationsmedizin und unterscheiden sich daher deutlich von den Ländern mit etablierter Organtransplantation. Hier vor der Etablierung der Transplantationsmedizin über einen EU-weiten Austausch von Organen nachzudenken hieße, den zweiten Schritt vor dem ersten zu tun.

Eine deutlich andere Ausgangssituation zeigt sich in Staaten mit etablierter Transplantationsmedizin, zwischen denen bereits gut funktionierende Möglichkeiten zum Austausch hochdringlich benötigter Organe existieren (siehe z. B. Eurotransplant-Verbund).

Diese unterschiedliche Ausgangslage in den Mitgliedstaaten der EU führt dazu, dass auf europäischer Ebene für längere Zeit wohl nur spezielle Probleme wie beispielsweise der Austausch von Organen für Kinder oder für immunologisch problematische Patienten erfolversprechend angegangen werden können.

3. Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer EU-weiten Zusammenarbeit

Wenn in allen EU-Mitgliedstaaten vergleichbare Voraussetzungen für die Transplantationsmedizin geschaffen werden, erscheint ein Austausch von Organen für spezielle Indikationen (Beispiele siehe oben) erreichbar. Der allgemeine Organmangel aber kann nicht auf diese Weise behoben werden.

Darüber hinaus erscheinen die Möglichkeiten für eine EU-weite Warteliste für die einzelnen Organe unter anderem aus biologischen Gründen, beispielsweise wegen der begrenzten Ischämiezeit der Organe, nicht praktikabel.

Im EU-Konsultationspapier wird auf die finanziellen Probleme der neuen Mitgliedstaaten mit noch unzureichend etablierter Transplantationsmedizin hingewiesen. Eine Einbeziehung dieser Länder in den EU-weiten Organaustausch dient so lange nicht unmittelbar den medizinischen Bedürfnissen der dortigen Bevölkerung, wie sie im eigenen Land keinen Zugang zur Organtransplantation hat. Insofern ist der Begriff des Organaustauschs in diesem Zusammenhang irreführend: Die Länder würden in der Zeit des erfahrungsgemäß langen Aufbaus der Transplantationsmedizin weitgehend nur Organspender für den EU-weiten Organaustausch zur Verfügung stellen. In diesen Fällen muss eine finanzielle Kompensation von Organabgaben ausgeschlossen werden. Eine über den Ausgleich von Sachkosten hinausgehende Zuwendung würde eine Zulassung des nicht akzeptablen Organhandels bedeuten.

4. Zum Zusammenhang von Qualität und Sicherheit mit der Zahl gespendeter Organe

Jede Qualitätsdefinition im Kontext der Organspende und Transplantation muss auch die Bestimmung medizinischer Maßnahmen einschließen. In diesem Sinne werden allgemein unter *Qualität von Organen* im Wesentlichen die Funktion und die Funktionsdauer der Transplantate verstanden, unter *Sicherheit* insbesondere die Vermeidung der Übertragung von Infektionen und neoplastischen Erkrankungen. Entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung wurden für die Transplantationsmedizin konzipiert und in einigen Mitgliedstaaten bereits weitgehend

etabliert. Sie sind für die erforderliche Verfahrens- und Ergebnisqualität der Übertragung lebenswichtiger Organe unverzichtbar.

Ungeachtet eines menschlichen Versagens im Einzelfall ist der erreichte Standard für Qualität und Sicherheit der Organtransplantation in den EU-Mitgliedstaaten mit etablierter Transplantationsmedizin seit Jahren gleichbleibend hoch.

Im EU-Konsultationspapier werden dagegen die Begriffe Qualität und Sicherheit der Organe in einen neuen, ungewöhnlichen Zusammenhang gebracht:

„Experts have suggested measures to be introduced into every stage of the transplant process in order to improve the quality and safety of organs while not affecting their availability. The first of these measures is to increase the organ donation rate.“

Demnach soll die Erhöhung der Spenderate das entscheidende Kriterium für die Qualität und die Sicherheit von Organen sein. Qualität wird so zur Quantität umdefiniert.

Das Bemühen um Qualität und Sicherheit der Transplantate steht im EU-Konsultationspapier in unlösbarer Spannung zur Forderung nach Ausweitung der Spenderkriterien („*expanded donors*“). Es ist unrealistisch, gleichzeitig möglichst sichere, qualitativ hochwertige und möglichst viele Organe gewinnen zu wollen.

5. Zum Bedarf an EU-weiten Regelungen

Im EU-Konsultationspapier werden zu Recht die exzellenten Ergebnisse der Transplantationsmedizin im letzten Jahrzehnt betont:

„The excellent results of transplants during the last decade, in terms of life years gained and improvement of the quality of life, ...“

Diese Erfolge belegen, dass in EU-Staaten mit etablierter Transplantationsmedizin die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Organe ausreichen.

Insofern erschließt sich nicht, welcher Zugewinn durch eine Ausdehnung der EU-rechtlichen Regelungssystematik auf die Transplantationsmedizin erreicht werden kann. Eine EU-Richtlinie zu Qualität und Sicherheit der Organtransplantation wäre daher ein Ausdruck von Überbürokratisierung.

Zunehmend dringend benötigt wird hingegen eine möglichst EU-weite Verständigung in allen mit außereuropäischen Patienten („Non-Residents“) zusammenhängenden transplantationsmedizinischen Fragen.

6. Spezielle Probleme aus deutschem Blickwinkel

- a) **Lebendorganspende:** Die Bundesärztekammer hat mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass die Lebendorganspende nur in einem gesetzlich klar umrissenen Rahmen zulässig ist und bleiben soll. Zutreffend ist nach dem deutschen Transplantationsgesetz die Entnahme eines Organs vom lebenden Spender lediglich dann erlaubt, wenn ein geeignetes Organ eines postmortalen Spenders zum Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht. Überlegungen einer Ausweitung der Lebendorganspende setzen eine Ausschöpfung der Möglichkeiten für postmortale Organspenden voraus. Die Förderung der Lebendorganspende darf nicht dazu führen, das Bemühen um mehr postmortal gespendete Organe zu vernachlässigen.

- b) **„Non-Heart-Beating Donor“:** Die Bundesärztekammer hat im Anschluss an eine gemeinsame Stellungnahme mit der Deutschen Transplantationsgesellschaft ihre Ablehnung der Organentnahme nach Herzstillstand begründet (gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Transplantationsgesellschaft zur Organentnahme nach Herzstillstand „Non heart-beating donor“, **Anlage**). Diese Auffassung hat weiter Bestand: Die sichere Todesfeststellung gehört zu den Grundvoraussetzungen der postmortalen Organspende (vgl. auch Erklärung des Weltärztebundes (WMA) zu Organspende und -transplantation, **Anlage**). Der bloße Herzstillstand ist kein sicheres Todeszeichen. Dies belegt jede auch nur vorübergehend erfolgreiche Reanimation. Organe dürfen nur nach Feststellung des Hirntods entnommen werden. Vor diesem Hintergrund verwahrt sich die Bundesärztekammer ausdrücklich dagegen, die

Förderung der Organentnahme nach Herzstillstand als Ziel in die europäische Debatte einzuführen.

7. Schlussfolgerungen

Wesentliche Zielkriterien jedweder EU-Förderung der Organspende müssen aus Sicht der Bundesärztekammer eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung, der für alle gleiche Zugang dazu und die Zulässigkeit von Einzelregelungen auf Basis der Rechtsordnung der jeweiligen Mitgliedstaaten sein.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte die EU deshalb die im Konsultationspapier unter „First Level“ aufgeführten Maßnahmen zur Angleichung der transplantationsmedizinischen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Mitgliedstaaten durchführen. Dazu ist eine Einbindung der in den Ländern mit etablierter Transplantationsmedizin verantwortlichen Institutionen unerlässlich. Der Organmangel in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten lässt sich nur durch jeweils landesspezifische Maßnahmen zur Förderung der Organspende minimieren, was nicht zuletzt die regionalen Unterschiede innerhalb der einzelnen EU-Mitgliedstaaten zeigen.

Teil B

Antworten auf die Fragen der Europäischen Kommission

1. In diesem Papier wird die Lage auf europäischer Ebene im Bereich der Organtransplantation beschrieben, wobei die wichtigsten Probleme aufgezeigt werden. Wurden alle grundlegenden Probleme ermittelt? Werden die ermittelten Probleme richtig beschrieben?

Nein. Die Darstellung der Probleme auf EU-Ebene ist zu global – insbesondere die Unterschiede zwischen Mitgliedstaaten mit und ohne etablierte Transplantationsmedizin werden nicht berücksichtigt. Weitere wichtige grundlegende Probleme werden ausführlicher in Teil A dieser Stellungnahme diskutiert.

2. Es werden außerdem eine Reihe von Maßnahmen beschrieben, mit denen die wichtigsten Probleme angegangen werden sollen. Gibt es eine weitere Initiative, die Sie für nützlich halten?

Ja und Nein. Zunehmend dringend benötigt wird eine möglichst EU-weite Verständigung in allen mit außereuropäischen Patienten („Non-Residents“) zusammenhängenden transplantationsmedizinischen Fragen.

3. Der Mangel an Organspendern wird als wichtigstes Problem auf diesem Gebiet beschrieben. Sind Sie der Meinung, dass Maßnahmen auf EU-Ebene einen zusätzlichen Wert hätten? Glauben Sie, dass die beschriebenen, in diese Richtung gehenden Initiativen ausreichen? Gibt es noch andere Maßnahmen, die auf EU-Ebene gefördert werden sollten?

Nein. Maßnahmen auf EU-Ebene können dem generellen Mangel an postmortal für die Transplantation gespendeten Organen nicht abhelfen. Der Organmangel betrifft alle Mitgliedstaaten, wenn auch unterschiedlich ausgeprägt, und lässt sich schon deshalb nicht durch einen internationalen Organaustausch entscheidend verringern (vgl. Teil A dieser Stellungnahme).

4. In der EU sind Transplantate in sehr unterschiedlicher Weise zugänglich. Sollte die Kommission Ihrer Meinung nach die Koordination zwischen den Mitgliedstaaten fördern, um die Lage zu verbessern? Glauben Sie, dass die beschriebenen, in diese Richtung gehenden Initiativen richtig sind? Gibt es andere Maßnahmen, die auf EU-Ebene gefördert werden sollten?

Nein. Die Europäische Kommission kann den Ländern mit etablierter Transplantationsmedizin bei der Lösung dortiger Schwierigkeiten nicht helfen (vgl. Teil A dieser Stellungnahme). Sie muss aber die Mitgliedstaaten mit noch nicht hinreichend etablierter Transplantationsmedizin bei den Bemühungen um eine Verbesserung der Patientenversorgung unterstützen. Auf europäischer Ebene können auf längere Sicht

wohl nur spezielle Probleme erfolgversprechend angegangen werden wie der Austausch von Organen für Kinder oder immunologisch problematische Patienten.

5. In dem Papier werden folgende drei Möglichkeiten für eine künftige EU-Strategie zur Organtransplantation aufgezeigt.
- (1) Nutzung der bereits laufenden Programme
 - (2) Aktive Koordination zwischen den Mitgliedstaaten, was Organqualität, -sicherheit und -verfügbarkeit anbelangt
 - (3) Mindestharmonisierung von Qualität und Sicherheit, plus EU-Initiative zum Organhandel.
- Welche dieser Möglichkeiten halten Sie für am geeignetsten? Würden Sie Inhalte der einzelnen Möglichkeiten ändern / hinzufügen / streichen? Bitte erläutern Sie, warum.

Die EU sollte die im Konsultationspapier unter „First Level“ aufgeführten Maßnahmen zur Angleichung der transplantationsmedizinischen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Mitgliedstaaten durchführen. Gründe für diese Positionen sind im Teil A dieser Stellungnahme ausgeführt.

Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“)

In Eurotransplant Newsletter 148, September 1998, wird ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Min. bei normaler Körpertemperatur als „Äquivalent zum Hirntod“ bezeichnet und damit eine Nierenentnahme bei diesen „Non heart-beating donors“ begründet. Demgegenüber ist im Anschluß an die gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Deutschen Transplantationsgesellschaft von 1995 medizinisch, ärztlich und rechtlich festzuhalten:

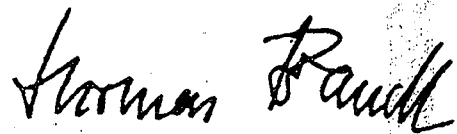
1. Ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Minuten bei normaler Körpertemperatur ist bisher nicht als sicheres „Äquivalent zum Hirntod“ nachgewiesen und kann deshalb nicht die Todesfeststellung durch Nachweis von sicheren Todeszeichen ersetzen.

2. Die biologisch unmögliche Reanimation ist von einer ärztlich aus guten Gründen abgebrochenen oder unterlassenen Reanimation zu unterscheiden. Dieser Unterschied und seine Bedeutung für das ärztliche Handeln ergeben sich auch daraus, daß ein und derselbe medizinische Befund des Herz- und Kreislaufstillstands 4 verschiedenen Kategorien von „Non heart-beating donors“ zugeordnet wird. Die biologisch unmögliche Reanimation und damit der irreversible Herzstillstand kann bisher weder durch die Dauer noch durch andere Kriterien als die sicheren Todeszeichen nachgewiesen werden. Die Kriterien für einen Therapieabbruch einschließlich der Reanimationsbemühungen sind bisher nicht standardisiert und standardisierbar.

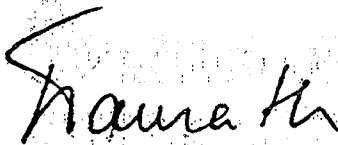
3. Es gibt kein einheitliches Transplantationsgesetz aller Länder des Eurotransplantbereichs oder der Europäischen Union. Für Deutschland gilt seit 1. Dezember 1997 das deutsche Transplantationsgesetz. Es unterscheidet klar die Organ- und Gewebeentnahme beim toten und beim lebenden Spender. Eingriffe zur Organ- und Gewebeentnahme beim toten Spender setzen u.a. die Feststellung seines Todes nach Regeln gemäß dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft voraus. Diese Voraussetzung erfüllt ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Min. bei normaler Körpertemperatur als mögliches, aber unsicheres Todeszeichen nicht. Ein im Ausland nicht gemäß den deutschen Gesetzesvorschriften entnommenes Organ darf in Deutschland nicht transplantiert werden.



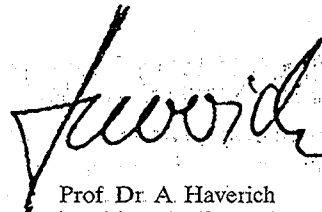
Prof. Dr. Dr. h.c. K. Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages



Prof. Dr. Th. Brandt
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Neurologie



Prof. Dr. P. Hanrath
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung



Prof. Dr. A. Haverich
Präsident der Deutschen
Transplantationsgesellschaft

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Spende und Transplantation von Organen und Gewebe

verabschiedet von der
52. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Edinburgh, Schottland, im Oktober 2000

A. Einleitung

1. Die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft, insbesondere bei den Operationstechniken, der Gewebetypisierung und den immunsuppressiven Medikamenten haben zu einer deutlichen Erhöhung der Erfolgsquoten bei der Transplantation von Organen und Gewebe geführt. In Anbetracht dieser Entwicklungen ist eine erneute Diskussion der ethischen Fragen in Bezug auf die Spende und die Transplantation von Organen und Gewebe sowie über die für die Lösung dieser Fragen relevanten Grundsätze erforderlich. Aus diesem Grund hat sich der Weltärztebund mit den Fragen und Grundsätzen in Bezug auf die Transplantationsproblematik befasst und die folgenden Leitlinien für Ärzteorganisationen, Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie für diejenigen, die auf diesem Gebiet tätig sind, entwickelt.
2. Diese Leitlinien basieren auf Grundsätzen der allgemeinen und beruflichen Ethik. Dabei sind Konflikte hinsichtlich der Wertvorstellungen und Grundsätze nicht zu vermeiden; es gibt zum Beispiel ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, Organe für wichtige medizinische Behandlungen zu beschaffen einerseits und der Achtung bzw. dem Schutz der Entscheidung und persönlichen Freiheit des einzelnen andererseits. In diesen Leitlinien werden geeignete Grundsätze aufgezeigt und zwar dort, wo sie zu einer Klärung und ausführlichen Begründung einer abgegebenen Erklärung beitragen können.

B. Berufliche Pflichten des Arztes

3. Der Weltärztebund vertritt die Ansicht, dass die Erstellung von Leitlinien und Protokollen in Bezug auf die Spende und die Transplantation von Organen und Gewebe unter strenger Berücksichtigung der ärztlichen Praxis und der Arzt-Patienten-Beziehung zugrundeliegenden ärztlichen Ethik erfolgen muss. Zu den Pflichten der ärztlichen Ethik gehört die Achtung vor dem Leben, den Menschen, der Gerechtigkeit, Autonomie, Vertraulichkeit und der Privatsphäre. Neben den fiduziarischen Pflichten gegenüber dem Patienten beinhaltet die ärztliche Ethik auch Pflichten allgemeinerer Art gegenüber der Gesellschaft. Aufgrund ihres Kenntnisstandes und ihres Fachwissens in Bezug auf die Vorteile von Transplantationen befinden sich Ärzte in einer einzigartigen Position, um die Öffentlichkeit aktiv von der Notwendigkeit der Organspende zu überzeugen.

- 3.1 Die oberste Verpflichtung haben Ärzte gegenüber ihren Patienten, ob es sich nun um potentielle Spender oder Empfänger von transplantierten Organen oder transplantiertem Gewebe handelt. Verbunden mit dieser Verpflichtung tragen Ärzte außerdem eine Verantwortung gegenüber den Familienangehörigen und engen Freunden ihrer Patienten, so sollten sie beispielsweise deren Meinung über die Entnahme von Organen ihres Angehörigen oder Freundes in Erfahrung bringen. Jedoch hat die Verpflichtung gegenüber ihren Patienten immer Vorrang vor jedweden anderen Verpflichtungen, die eventuell gegenüber den Familienangehörigen bestehen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine absolute Verpflichtung; zum Beispiel rechtfertigt die Verantwortung des Arztes für das Wohlbefinden eines Patienten, der ein Transplantat benötigt, nicht die unethische oder illegale Beschaffung von Organen oder Gewebe.
- 3.2 Ärzte haben eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, dazu zählt der gerechte Einsatz von Ressourcen, die Abkehr von Schaden und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung; das kann auch die Förderung von Organ- und Gewebespenden beinhalten.
- 3.3 Transplantationschirurgen sollten sicherstellen, dass die Organe und das Gewebe, die sie transplantieren, in Übereinstimmung mit den in dieser Erklärung dargelegten Bestimmungen beschafft wurden. Auf jeden Fall hat der Arzt eine persönliche Verantwortung sicherzustellen, dass die für die Transplantation verwendeten Organe auf legale und ethische Art und Weise beschafft worden sind.

C. Wertvorstellungen

4. Die mitfühlende Sorge um andere, die an Krankheiten und Behinderungen leiden, durch freiwillige und selbstlose Zuwendung ist von elementarer Bedeutung für die Transplantation von Organen und Gewebe.
5. Die freiwillige Entscheidung nach Aufklärung über medizinische Behandlungen wie die Spende oder Transplantation von Organen ist von grundlegender Bedeutung für die medizinische Versorgung und für die Gesellschaft im allgemeinen. Diese Entscheidungsfindung erfordert sowohl Verständnis als auch den Verzicht auf Zwang.
6. Die Privatsphäre und die Würde des Patienten sind fundamentale ethische Werte. Die Privatsphäre ist im weitesten Sinne eine Zone des privaten Bereichs und der privaten Entscheidung, die für die Würde des Menschen unerlässlich ist und die deshalb vor einem unerwünschten Eingriff oder einer Bedrohung geschützt werden sollte. Datenschutz bezieht sich konkreter auf das Recht der Patienten, die Erfassung, Verwendung, Weitergabe sowie den Zugang zu ihren Gesundheitsdaten zu kontrollieren.
7. Einzelpersonen haben unter gerechten und annehmbaren Bedingungen das Recht auf rechtzeitigen Zugang zur notwendigen und effektiven medizinischen Behandlung. Die Verantwortung, die Verfügbarkeit und den gerechten Zugang zur medizinischen Behandlung, einschließlich der Organ- und Gewebetransplantation, sicherzustellen, tragen die verschiedenen hier involvierten Parteien einschließlich der Regierungen, Gesundheitseinrichtungen, Angehörige der Gesundheitsberufe sowie die Anbieter medizinischer Leistungen.

D. Organ- und Gewebebeschaffung: Gesellschaftliche Aspekte

8. Der Weltärztebund fordert seine Mitgliedsorganisationen auf, die Entwicklung umfassender, koordinierter nationaler Strategien für die Organ- und Gewebebeschaffung in Absprache und Kooperation mit allen Beteiligten zu unterstützen. Bei der Entwicklung dieser Strategien sollten Menschenrechte, ethische Grundsätze und die ärztliche Ethik entsprechende Berücksichtigung finden. Die im Zusammenhang mit dieser Strategie und mit der Organspende und Organtransplantation im allgemeinen auftretenden ethischen, kulturellen und gesellschaftlichen Probleme sollten, wann immer dies möglich ist, in einem öffentlichen mit sachlichen und fundierten Argumenten geführten Dialog gelöst werden.
9. Einige Formen der Organ- und Gewebetransplantation sind zu etablierten und wichtigen Gesundheitsleistungen geworden. In dem Maße, wie der Organ- und Gewebemangel ein Hindernis für die Bereitstellung der notwendigen medizinischen Behandlung darstellt, müssen die Ärzte politische mit den gesellschaftlichen Wertvorstellungen und der medizinischen Versorgung im Einklang stehende Maßnahmen zur Beschaffung von Organen und Gewebe für die notwendige Behandlung unterstützen.
10. Leitlinien und Protokolle zur Beschaffung von Organen und Gewebe zum Zwecke der Transplantation müssen mit den berufsständischen Regeln der Ärzte und den gesellschaftlichen Wertvorstellungen einschließlich der freiwilligen Entscheidung nach Aufklärung, der Privatsphäre sowie dem gerechten Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung im Einklang stehen.
11. Es ist wichtig, dass die Menschen über die Möglichkeit der Organspende bzw. über die Möglichkeit der Entscheidung zur Organspende aufgeklärt werden (Entscheidungserleichterung). Aufklärung und Entscheidungsfreiheit sollten im Rahmen eines koordinierten vielschichtigen Konzepts durch die verschiedensten Teilnehmer und Mittel, einschließlich der Sensibilisierung der Medien und öffentliche Kampagnen, gefördert werden. Ärzte sollten ihre Patienten über die Möglichkeit, sich für eine Organspende zu entscheiden, informieren, idealer Weise im Rahmen einer länger anhaltenden Beziehung zu dem Patienten und bevor es zu einer Situation kommt, die eine sofortige Entscheidung erforderlich macht.
12. Der Weltärztebund unterstützt die aufgeklärte Entscheidung des Spenders. Nationale Ärzteorganisationen, in deren Ländern es eine Politik der "vorausgesetzten Zustimmung", bei der angenommen wird, dass die Zustimmung erteilt worden ist, wenn keine Anzeichen für Gegenteiliges vorliegen, oder der "obligatorischen Entscheidung" gibt, bei der alle Personen gebeten werden zu erklären, ob sie Organe spenden möchten, sollten alles tun, um sicherzustellen, dass die aufgeklärte Entscheidung des Spenders einschließlich das Recht des Patienten, eine Organspende abzulehnen, durch diese Politik nicht beeinträchtigt wird.

13. In Betracht gezogen werden sollte auch die Einrichtung nationaler Spendenregister, in denen die Daten der Personen zusammengetragen und gepflegt werden, die sich zur Organ- oder Gewebespende bereit erklärt haben. All diese Register müssen die Privatsphäre des einzelnen schützen und sicherstellen, dass dieser die Zusammenstellung, Verwendung, Bekanntgabe sowie den Zugang zu seinen Gesundheitsinformationen zu Zwecken, die nichts mit der Registrierung zu tun haben, jederzeit kontrollieren kann. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden um zu gewährleisten, dass die Entscheidung nach angemessener Aufklärung erfolgt ist und dass sich die registrierten Personen ohne strafrechtliche Konsequenzen aus dem Register streichen lassen können.

E. Organ- und Gewebebeschaffung auf institutioneller und individueller Ebene

14. Erfahrungen in Spanien und anderen Ländern haben gezeigt, dass die Bereitschaft zur Organspende durch lokalpolitische Aktionen gefördert werden kann. Nach Ansicht des Weltärztebundes sollten Organbeschaffungsprogramme, Krankenhäuser und andere Institutionen, in denen die Beschaffung erfolgt:
 - 14.1 zur Förderung der Beschaffung von Organen und Gewebe Leitlinien und Protokolle entwickeln, die mit den Aussagen dieser Erklärung in Einklang stehen;
 - 14.2 diese Leitlinien und Protokolle den Koordinatoren der Transplantation, den Ärzten und dem in dieser Einrichtung tätigen medizinischen Fachpersonal zur Kenntnis bringen;
 - 14.3 sicherstellen, dass ausreichende Ressourcen zur reibungslosen Umsetzung dieser Leitlinien und Protokolle zur Verfügung stehen.
15. Ärzte müssen gewährleisten, dass Interaktionen am Krankenbett, einschließlich der Gespräche über Organspende, einfühlsam und in Übereinstimmung mit den ethischen Grundsätzen und ihren fiduziarischen Pflichten gegenüber ihren Patienten erfolgen. Insbesondere die Bedingungen am Krankenbett sterbender Patienten sind nicht ideal, um eine freie und aufgeklärte Entscheidung herbeizuführen. In den Protokollen sollte festgelegt werden, dass, wer auch immer mit dem Patienten, seiner Familie oder einem anderen Bevollmächtigten ein Gespräch über eine Organ- oder Gewebespende führt, sowohl über die entsprechenden Fachkenntnisse als auch über die erforderliche Sensibilität verfügen sollte. Medizinstudenten und Ärzte sollten für diese Aufgabe über die erforderliche Ausbildung verfügen und die zuständigen Behörden sollten die Ressourcen für diese Ausbildung zur Verfügung stellen.

F Freiwillige Entscheidung nach Aufklärung über Organspende

- 16 Für den Weltärztebund stehen die Wünsche des potentiellen Spenders an erster Stelle. Falls die Einstellung des potentiellen Spenders zur Organspende nicht bekannt ist und der potentielle Spender bewusstlos ist oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, seinen Willen um Ausdruck zu bringen, dann kann die Familie oder eine andere ermächtigte Person stellvertretend für den Patienten diese Entscheidung treffen und hat das Recht, die Erlaubnis zur Organspende zu erteilen oder zu verweigern, es sei denn, dies widerspricht dem zuvor vom Patienten geäußerten Wunsch.

17. Bevor eine Organentnahme erfolgen kann, muss sichergestellt sein, dass die freiwillige Entscheidung nach Aufklärung des potentiellen Spenders oder, falls dies rechtlich erforderlich ist, des entsprechenden ermächtigten Vertreters vorliegt. In Ländern, in denen die vorausgesetzte Zustimmung rechtlich die Regel ist, sollte der Organbeschaffungsprozess angemessene Maßnahmen enthalten um festzustellen, ob sich der potentielle Spender gegen eine Spende entschieden hat.
18. Obwohl hinter der Absicht, dem Patienten Gelegenheit für eine Entscheidung zu geben, vielleicht die Beschaffung von Organen oder Gewebe zum Zwecke der Transplantation steht, sollte der Erfolg zur Erreichung dieses Ergebnisses nicht als Kriterium zur Beurteilung der Qualität des Prozesses der freien und aufgeklärten Entscheidungsfindung konstruiert werden.
Die Qualität dieses Prozesses hängt davon ab, ob der Entscheidung eine ausreichende Aufklärung vorausging und keinerlei Druck ausgeübt wurde und nicht davon, ob das Ergebnis die Entscheidung zur Organspende ist.
19. Voraussetzung für den Prozess der freiwilligen Entscheidung nach Aufklärung ist der Austausch und das Verstehen von Informationen sowie der Verzicht auf jegliche Art von Zwangsausübung. Da Gefängnisinsassen und Untersuchungsgefangene nicht in der Lage sind, ihre freiwillige Zustimmung zu geben und Zwang ausgesetzt sein können, dürfen deren Organe und Gewebe - mit Ausnahme ihrer engsten Angehörigen - nicht für Transplantationen verwendet werden.
20. Damit die Entscheidung zur Spende von Organen oder Gewebe nach ausreichender Aufklärung erfolgt, sollten potentielle Spender oder ihre ermächtigten Vertreter, wenn sie dies wünschen, alle erforderlichen und relevanten Informationen erhalten. Dazu zählen i.d.R. Informationen über:
 - 20.1 Nutzen und Gefahren der Transplantation;
 - 20.2 Verfahren und Definitionen zur Feststellung des Todes;
 - 20.3 Prüfung der Organe auf ihre Transplantierbarkeit, wodurch unvermutete Gesundheitsrisiken für die potentiellen Spender und ihre Familien festgestellt werden können;
 - 20.4 Maßnahmen, die zur Erhaltung der Organfunktion erforderlich sind, bis der Tod festgestellt ist und die Transplantation vorgenommen werden kann;
 - 20.5 was mit dem Körper geschieht, wenn der Tod festgestellt worden;
 - 20.6. auf welche Organe und auf welches Gewebe bezieht sich ihre Spendenbereitschaft;
 - 20.7 das Protokoll, das über die Familie angefertigt wird für den Fall, dass die Familie die Organspende ablehnt.
21. Potentielle Spender sollten darüber informiert werden, dass Familien manchmal eine Organspende ablehnen; die Spender sollten deshalb darin bestärkt werden, zur Vermeidung eines späteren Konflikts ihre Entscheidung rechtzeitig mit ihrer Familie zu diskutieren.

22. Potentielle Spender oder ihre ermächtigten Vertreter sollten Gelegenheit erhalten, Fragen zur Organspende zu stellen und diese Fragen sollten in einer einfühlsamen und verständlichen Weise beantwortet werden.
23. In dem Fall, in dem die Wünsche des Patienten bekannt sind und es keinen Grund zu der Annahme gibt, dass die Entscheidung zur Organspende erzwungen wurde, die Aufklärung unzureichend war oder der Patient seine Meinung geändert hat, dann sollte diesen Wünschen entsprochen werden. Dies sollte auf gesetzlicher und politischer Ebene sowie in Protokollen klargestellt werden. Unter diesen Umständen sollten Familien darin bestärkt werden, den ausdrücklichen Wunsch des Patienten zu respektieren.
24. In dem Fall, in dem die Wünsche des Patienten nicht bekannt oder ungewiss sind, dann sollte das geltende nationale Recht in Bezug auf die ärztliche Entscheidungsfindung bei geschäftsunfähigen Personen Anwendung finden.
25. Protokolle in Bezug auf die freiwillige Entscheidung nach Aufklärung sollten auch bei Organ- und Gewebeempfängern angefertigt werden. Diese sollten i.d.R. folgende Informationen enthalten:
 - 25.1 die Risiken des Verfahrens;
 - 25.2 die voraussichtlichen kurz-, mittel- und langfristigen Aussichten in Bezug auf Überlebenschance, Morbiditätsrisiko und Lebensqualität;
 - 25.3 Alternativen zur Transplantation;
 - 25.4 wie Organe und Gewebe beschafft werden.
26. Bei lebenden Organspendern sollten besondere Anstrengungen unternommen werden um zu gewährleisten, dass die Entscheidung auf absolut freiwilliger Basis erfolgt. Finanzielle Anreize für die Beschaffung von Organen und Gewebe zum Zwecke der Transplantation können ein Zwangsmittel sein und sollten verboten werden. Personen, die nicht in der Lage sind, eine Entscheidung nach Aufklärung zu treffen, beispielsweise Minderjährige oder geistig Behinderte, sollten, außer in Ausnahmesituationen, nicht als potentielle Organspender berücksichtigt werden. Um einen Interessenkonflikt zu vermeiden, sollte der Arzt, der die aufgeklärte Zustimmung des Lebendspenders eingeholt hat, nicht Mitglied des Transplantationsteams sein.

G. Feststellung des Todes

29. Der Weltärztebund vertritt die Ansicht, dass die Feststellung des Todes eine ärztliche Aufgabe ist, die entsprechend der von medizinischen Sachverständigen aufgestellten allgemein anerkannten Leitlinien, durchgeführt werden sollte; die Leitlinien sollten auf der Deklaration des Weltärztebundes von Sydney über die Definition des Todes (17.B) basieren.
28. Protokolle und Verfahren sollten entwickelt werden, um sich mit dem Standpunkt von Patienten und Familien, die den "Hirntod" aus kulturellen oder religiösen Gründen nicht akzeptieren, auseinanderzusetzen.
29. Um einen Interessenkonflikt zu vermeiden, sollte der Arzt, der den Tod eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders feststellt und/oder bescheinigt, weder bei der Organ- oder Gewebeentnahme oder anschließenden Transplantationen einbezogen werden noch für die Versorgung potentieller Organ- und Gewebeempfänger verantwortlich sein.

H. Gerechtigkeit bei der Zuteilung von Organen und Gewebe

30. Der Weltärztebund ist der Ansicht, dass es eine klare von der Öffentlichkeit zu kontrollierende Politik zur Regelung aller Aspekte der Spende und Transplantation von Organen und Gewebe einschließlich der Verwaltung der Wartelisten für Organe und Gewebe geben sollte, damit ein faires und angemessenes Verteilungsverfahren gewährleistet wird.
31. Eine Politik zur Regelung der Verwaltung der Wartelisten sollte effizient und fair sein. Zu den Kriterien, die bei der Zuteilung von Organen und Gewebe berücksichtigt werden sollten, zählen Dringlichkeit des medizinischen Eingriffs, Länge der Wartezeit, medizinische Erfolgsaussichten in Abhängigkeit von Faktoren wie Art der Krankheit, andere Komplikationen und Gewebekompatibilität. Es darf keine Diskriminierung aufgrund der sozialen Stellung, des Lebensstils oder des Verhaltens geben.
32. Konkrete Aufrufe zur Spende von Organen für einen bestimmten Empfänger werfen rechtliche Probleme auf, da der Empfänger aufgrund der festgelegten Zuteilungskriterien (z.B. Dringlichkeit des medizinischen Eingriffs oder medizinische Erfolgsaussichten) nicht unbedingt die geeignetste Person sein muss.
33. Unter gewissen Umständen (beispielsweise zwischen Familienmitgliedern) kann die zielgerichtete Spende von Organen und Gewebe angemessen sein, vorausgesetzt, dass die Entscheidung zur Spende nach eingehender Aufklärung und auf freiwilliger Basis erfolgt.
34. Der Kauf von Organen und Gewebe zum Zwecke der Transplantation sollte verboten werden. Ein finanzieller Anreiz gefährdet die freiwillige Entscheidung zur und die altruistische Grundlage für die Spende von Organen und Gewebe. Außerdem ist der auf die Zahlungsfähigkeit basierende Zugang zur medizinischen Behandlung nicht mit den Grundsätzen der Gerechtigkeit vereinbar. Organe, bei denen der Verdacht besteht, dass sie durch kommerzielle Transaktionen beschafft wurden, sollten nicht zur Transplantation verwendet werden. Darüber hinaus sollte das Anbieten von Organen verboten werden. Die angemessene Erstattung der für die Beschaffung, den Transport, die Bearbeitung, Konservierung und die Implantation entstehenden Kosten wird jedoch unterstützt.

I. Experimentelle Verfahren und in der Entwicklung befindliche Transplantationsverfahren

35. Der Weltärztebund vertritt die Ansicht, dass, obwohl viele Transplantationsverfahren mittlerweile für eine Reihe von Krankheitsfällen zur medizinischen Standardbehandlung geworden sind, befinden sich andere jedoch erst im Versuchsstadium und/oder sind in moralischer Hinsicht umstritten, was weitere Anstrengungen im Bereich der Forschung, der Erstellung von Sicherheitsmaßnahmen und Leitlinien sowie die Inangsetzung einer öffentlichen Diskussion erforderlich macht.
36. Für experimentelle Verfahren ist die Anfertigung von Protokollen, einschließlich einer ethischen Überprüfung, erforderlich, die sich von den Protokollen für standardmäßige medizinische Verfahren unterscheiden und strengeren Vorschriften unterliegen.
37. Bei der Xenotransplantation treten besondere Probleme bzw. Risiken auf, insbesondere die Übertragung von Viren und anderen Krankheitserregern. Eine intensive öffentliche Diskussion über die Xenotransplantation ist dringend erforderlich um sicherzustellen, dass

die Entwicklungen auf diesem Gebiet mit den gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu vereinbaren sind. Zur Regelung dieser Verfahren sollten internationale Leitlinien entwickelt werden.

38. Die Transplantation von Hirngewebe oder reproduktivem Gewebe sollte erst dann als Behandlung akzeptiert werden, wenn zuvor eine umfassende öffentliche Diskussion und eine wissenschaftliche Überprüfung erfolgt ist und von der Öffentlichkeit akzeptierte wissenschaftlich begründete Leitlinien entwickelt worden sind.
39. Die Transplantation von Gewebe unter Verwendung von Zellkernersatztechnologien kann nur als Behandlung akzeptiert werden, wenn zuvor eine wissenschaftliche Überprüfung und eine öffentliche Diskussion stattgefunden haben und entsprechende Leitlinien entwickelt worden sind.